

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 12

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROFESSEUR TIXIER

Fibromes utérins et Tumeurs ovariennes

(Essai clinique et thérapeutique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond DEBÉNÉDETTI

Chef de Laboratoire adjoint à la Faculté de Médecine

né à LYON (Rhône) le 26 Novembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

FIBROMES UTÉRINS
ET TUMEURS OVARIENNES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 12

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROFESSEUR TIXIER

Fibromes utérins et Tumeurs ovariennes

(Essai clinique et thérapeutique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond DEBÉNÉDETTI

Chef de Laboratoire adjoint à la Faculté de Médecine

né à LYON (Rhône) le 26 Novembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNEN
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEIL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; PATEL, assesseur ;
COTTE et BONNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

Chef de Bataillon,

Commandant le 3^e Bataillon du 16^e R. I.,

Cité six fois à l'Ordre de l'Armée,

Tué à l'ennemi, devant Avocourt, le 17 août 1917.

Jusqu'à la mort, esclave de son devoir, il incarnera toujours, pour moi, le plus cher exemple de vertus militaires et familiales. Je suis sûr qu'en suivant sa trace, je serai toujours guidé dans la voie du travail et de l'honneur.

A MA MÈRE.

Son amour maternel ne s'est jamais démenti un seul instant. A l'heure où s'imposait une décision dont dépendait tout mon avenir, sachant à quels sacrifices elle s'exposait, envers et contre tous, elle a décidé de me faire entreprendre une carrière, où m'appelaient mes aspirations.

Grâce à son abnégation, j'ai pu mener à bonne fin les longues études médicales, dont ce travail couronne l'achèvement. En le lui dédiant, je lui offre un gage infime, il est vrai, mais sûr, de mon amour de fils reconnaissant.

A MA SŒUR.

La tendre affection et la touchante confiance que, toujours, elle m'a largement accordées, ont été pour moi un précieux réconfort et un puissant stimulant, en me créant la douce obligation de m'en montrer toujours digne.

Puissé-je en retour contribuer pour beaucoup à l'avenir heureux que je lui souhaite et vers lequel tendent constamment mes efforts.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER,

*Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.*

Une heureuse fortune m'a conduit auprès de lui lors de mon arrivée à Lyon. Conquis d'emblée par sa science, et plus encore par son grand cœur, je me suis attaché à sa Clinique.

Il n'a cessé, durant 4 ans, de me donner des preuves de sa bonté. Les continuelles marques de bienveillance dont il m'a comblé, lui ont acquis ma reconnaissance, dont il a encore accru la dette, en me confiant un poste important à son Laboratoire.

Qu'il veuille bien considérer ce témoignage officiel, comme la sincère expression de toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES LANGLOIS;

Médecin des Hôpitaux de Nice.

Il fut mon premier maître. Prêchant constamment d'exemple, il m'inculqua le goût de l'observation clinique rigoureuse et du diagnostic précis.

Me suivant au jour le jour, pendant toutes mes études, participant à mes joies, prenant part à mes peines, il fut pour moi un second père.

Comment, en ces quelques lignes, lui exprimer toute mon affection et toute ma reconnaissance ?

A CEUX DE MES MAÎTRES QUI ME SONT LE PLUS CHERS :

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT,

Médecin de l'Antiquaille,

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLICARD,

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTOT,

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS BERTEIN et
PAITRE,

MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR FONTANEL,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE BOURDELLES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIPPE ROCHET,

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté.

A MES JUGES.

FIBROMES UTÉRINS ET TUMEURS OVARIENNES

INTRODUCTION

Il est un fait admis, actuellement, qui est, pour ainsi dire, classique : c'est la fréquence des *lésions annexielles au cours de l'évolution d'un fibrome utérin*. Ayant eu l'occasion de collationner les observations de tumeurs ovariennes opérées par M. le Professeur TIXIER, entre 1904 et 1924, nous avons relevé *vingt et une fois* la coexistence de lésions à la fois utérines et ovariennes. Ces vingt et une observations constitueront la base de notre travail, et il nous a semblé, puisque nous nous limitons à une étude purement clinique et thérapeutique, qu'il nous était permis d'établir la classification suivante :

I. — Il y a des *fibromes avec de petits kystes ovariens*, allant de l'ovaire scléro-kystique jusqu'au kyste un peu plus volumineux, du type tubo-ovarien.

II. — Des cas de *fibromes avec gros kystes de l'ovaire*.

III. — Des cas de *fibromes avec cancer de l'ovaire*.

Il est bien évident que cette classification n'échappe pas à la critique, et dans ce cadre un peu simpliste, on ne peut pas, à la vérité, faire entrer toujours avec certitude chacun des cas considérés. Cependant, il nous permet de dire, dès maintenant, que nous avons l'intention d'insister tout particulièrement sur le groupe III, c'est-à-dire sur la coexistence d'un fibrome avec un cancer de l'ovaire.

En effet, cette éventualité, considérée par la plupart comme une rareté, nous paraît mériter un tableau clinique, diagnostic et thérapeutique particulier, car il réalise un véritable *syndrome*, présentant une certaine autonomie.

Dès maintenant, nous tenons à préciser pourquoi nous nous tenons sur un terrain purement clinique, ne demandant pas à l'anatomie pathologique de servir de base à notre classification. L'anatomie pathologique reste trop souvent incapable de formuler des conclusions formelles au point de vue de l'évolution ultérieure de ces tumeurs. La complexité histologique des tumeurs ovariennes montre qu'à l'heure actuelle il est encore prématuré de vouloir superposer les résultats que donne le microscope à ceux que donne la clinique.

Notre tâche a été facilitée par la précieuse collaboration de M. Eugène POLLOSSON, interne des Hôpitaux, à qui nous sommes heureux d'exprimer ici nos plus sincères remerciements.

Historique.

Les travaux consacrés à l'étude de cette question sont nombreux et variés. Si l'on essaie, pourtant, de se faire une opinion d'ensemble, on remarque que la coexistence des tumeurs ovariennes et des fibrones a été à l'ordre du jour autrefois, alors que les auteurs cherchaient à préciser les indications hésitantes d'une thérapeutique sanglante. Fallait-il se borner à une ovariectomie simple, ou devait-on être plus radical, en pratiquant une hystérectomie totale, telle était alors la question. Après une période de silence, le problème reprend actuellement un intérêt nouveau, par suite de l'application des techniques physiothérapiques au traitement des tumeurs bénignes de l'utérus.

Si l'on s'en tient aux grandes lignes, on peut dire qu'à part la première observation, signalée par CLOQUET, en 1835, et la thèse de ZIEMBICKI (1875), qui considère comme très rare la tumeur des ovaires, évoluant chez une fibromateuse, ce n'est qu'à l'occasion d'un rapport de DUPLAY à la Société de Chirurgie, à la suite d'une observation de Queirel, de Marseille,

que la question est véritablement posée. Queirel avait, en effet, opéré une femme de 43 ans, d'un kyste dermoïde des deux ovaires et d'un fibrome interstitiel de l'utérus. Il pratiqua une hystérectomie et une ovariotomie : sa cliente mourut. Duplay, Terrier, Trélat et Péan, qui discutèrent à ce sujet, conclurent qu'il était préférable d'être moins radical et qu'il convenait bien souvent de limiter son acte opératoire à une *ovariotomie simple*, sans y ajouter l'hystérectomie totale, facteur d'une gravité incontestable.

En 1892, Eugène MONOD publie une étude très complète et relève, 30 fois sur 700 cas, la coexistence de fibromes et de kystes de l'ovaire ; ses conclusions thérapeutiques restent prudentes. En 1900, Charles MONOD, à l'occasion d'un rapport à la Société de Chirurgie de Paris, reprend la question et n'hésite pas à recommander l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale*, dont la gravité, à cette époque, est devenue peu considérable. Il présente trois cas de kystes et de fibromes ; trois fois, il a enlevé l'utérus et la tumeur ovarienne : il a eu trois guérisons.

C'est en 1903, que paraît le très substantiel article de Constantin DANIEL, qui expose très complètement cette question à ses différents points de vue.

Signalons enfin les différentes thèses de ZALIDES, DEVAUX, GASCHAU, PICHEVIN, ROCHE, FABRE, BLANC, un article très substantiel de BRAUN, qui, sur 1.500 cas de fibromes opérés, signale 20 kystes ou tumeurs de l'ovaire, et les nombreuses observations et articles étrangers, dont on trouvera la référence dans notre bibliographie.

Etude clinique.

I. — Cas de fibromes avec petits kystes ovariens.

La constatation d'ovaires scléro-kystiques est, pourrait-on dire, presque la *règle*, lorsqu'il y a un fibrome. Au point de vue clinique, le *fibrome est tout* : les lésions annexielles sont un épiphénomène. Elles n'entrent en ligne de compte que dans la discussion des indications thérapeutiques.

Le développement de ces petits kystes ovariens est une des causes de l'apparition des *douleurs abdominales*, chez les fibromateuses, le fibrome étant, par lui-même, le plus souvent, indolore. D'autres fois, ce sont des douleurs pelviennes, avec irradiation dans les reins et surtout à la face antérieure des cuisses. Fréquemment, ces douleurs sont exagérées, au moment de la période menstruelle.

Au toucher, le fibrome est perçu avec ses caractères habituels et les lésions annexielles peuvent soit passer complètement inaperçues, soit, au contraire, se mon-

trer sous la forme d'annexes douloureuses, et quelquefois bloquées contre la tumeur utérine.

En somme, il faut noter qu'il s'agit d'un fibrome douloureux, et ce sont les douleurs qui amènent les malades à consulter.

Il ne s'agit cependant pas là de lésions annexielles, inflammatoires, aiguës, mais bien de toutes petites formations kystiques étiquetées ovarites scléreuses, ovarites macro et microkystiques. D'ailleurs, même à l'examen histologique, il est difficile de savoir s'il s'agit d'un ovaire ayant subi une transformation néoplasique bénigne, ou bien d'un processus inflammatoire ancien, ayant déterminé à la longue cette formation scléro-kystique. D'une façon générale, au point de vue étiologique, ces lésions nous paraissent vraiment relever de l'inflammation et ces lésions ne sont en réalité qu'une réaction inflammatoire très atténuée.

C'est l'absence de température, de poussées péritonitiques, qui permet de différencier ces petits kystes ovariens des annexites inflammatoires, salpingites et salpingo-ovarites. Dans le doute, il faut s'abstenir de toute thérapeutique physiothérapique susceptible de réveiller l'inflammation. Souvent, du reste, il faut l'avouer, kystes ovariens ou salpingites infectieuses sont des découvertes opératoires (60 pour 100 des cas, Mihailovitch, *Thèse de Lyon*, 1924).

Nous apportons ici, très résumées, deux observations très caractéristiques au point de vue clinique.

II. — Cas de fibromes avec gros kystes de l'ovaire.

(type épithélioma mucoïde)

Alors que, dans le chapitre précédent, la première place revenait au fibrome, il n'en est plus de même ici : c'est le *kyste qui domine la scène*. C'est lui qui va surtout créer la physionomie clinique de ces cas. Le fibrome passe véritablement au second plan.

Nous ne tenterons pas, ici, une description, qui serait celle d'un fibrome banal accompagné d'un kyste banal. Les signes classiques de ces deux tumeurs peuvent être discriminés et le diagnostic, du fait de la perception des deux masses avec leurs caractères propres, peut souvent être posé. Du reste, nous allons voir que cette éventualité est rare. En tous cas, il ne faut pas oublier que, de toutes façons, le diagnostic entre kyste de l'ovaire et fibrome utérin est un des diagnostics les plus difficiles en clinique : il y a là une source fréquente d'erreurs.

Dan son rapport, M. le Professeur Tixier insiste tout particulièrement sur la modestie qu'il faut savoir garder devant les symptômes d'un fibrome, devant surtout le diagnostic de fibrome compliqué. Les erreurs les plus variées ont été faites. Toutefois, si les gynécologues les plus avertis ont pu les commettre, ce n'est pas une raison pour se décourager, ou pour se contenter, comme des tendances naturelles nous y poussent, d'un simple diagnostic opératoire. Il est, en effet, d'autant plus important de tenter, en clinique,

un diagnostic exact, que se pose actuellement un problème thérapeutique nouveau : celui de savoir s'il faut conseiller une intervention sanglante, ou, au contraire, s'il faut se borner à la physiothérapie. Il est trop important de se rappeler les dangers considérables que l'on fait courir à ses malades, en traitant un fibrome compliqué, par la radio ou la radiumthérapie, pour ne pas mettre en œuvre tous les moyens d'investigation possibles pour aboutir à un diagnostic précis, commandant le conseil thérapeutique.

C'est pourquoi nous allons insister sur les conditions très particulières dans lesquelles se présentent le plus souvent ces malades. En feuilletant les observations qui ont trait à ces cas (du numéro III au numéro XVI), on ne peut pas ne pas être frappé par ce fait, sur lequel insiste depuis fort longtemps le Professeur Tixier : si les malades sont venues au chirurgien, c'est à l'occasion d'une complication.

Celle-ci peut frapper le fibrome lui-même ; mais elle siège le plus souvent au niveau du kyste. Des quinze observations que nous apportons, il ressort d'éclatante façon que l'examen médical a toujours été provoqué, par suite de l'apparition d'une complication.

Dans tous les cas, on note des *phénomènes douloureux* plus ou moins intenses, alors que, on ne doit pas l'oublier, le fibrome utérin est par lui-même, le plus souvent, indolore.

D'après nos observations, une fois seulement, la complication portait sur le fibrome : il s'agissait d'une *nécrobiose* (Obs. XI).

Dans les autres cas, on relève quatre fois des *torsions* du kyste de l'ovaire, se manifestant par le tableau classique que cette éventualité alarmante comporte (Obs. IX, X, XIV, XV).

D'autres fois, ce sont des *troubles urinaires* (Obs. VI, XIV) ; parfois, des *troubles intestinaux* (Obs. III, XII). Le *siège*, enfin (kyste situé dans le ligament large : Obs. V), la *nature* (kyste dermoïde : Obs. VII-IX), et les *phénomènes inflammatoires* (kyste suppuré : Obs. III), viennent encore s'ajouter à la complexité du tableau clinique.

Toutes ces complications, du reste, se caractérisent par l'apparition de douleurs abdominales, plus ou moins intenses, apparaissant sous forme de crises péritonitiques ou ayant une allure latente, avec retentissement sur l'état général. Ainsi, alors que, depuis longtemps, la malade supportait facilement les malaises des fibromateuses (leucorrhée, méno et métrorragies plus ou moins abondantes), c'est l'apparition de ce symptôme nouveau, la *douleur*, qui l'oblige à se faire soigner.

D'autre part, les signes de compression vésicale, avec retentissement sur les uretères et les reins, se traduisant par la présence d'albumine dans les urines et par des troubles urinaires variés (pollakiurie, incontinence d'urine), aggravent souvent une situation déjà pénible.

Les adhérences péritonitiques fréquentes expliquent la constipation et les troubles digestifs, de plus en plus accusés.

Il ressort, en somme, très évidemment, de ces considérations, que les *complications* sont *presque la règle* : ce sont elles qui déterminent les malades à se soumettre à un *examen gynécologique*.

Ce dernier, à l'exception des cas simples, où la tumeur ovarienne, indépendante de l'utérus fibromateux, est diagnostiquée facilement, reste, le plus souvent, *fort délicat*, et il ne permet guère d'être précis et affirmatif. On perçoit bien, en effet, un utérus fibromateux, avec, autour, des reliquats d'une infection péritonéale et une masse plus ou moins distincte et douloureuse, mais, et c'est ce qu'il faut retenir en pratique, c'est avant tout *par les antécédents et par l'histoire évolutive de l'affection qu'on sera guidé vers le diagnostic*. Il serait presque vrai de dire que le diagnostic est, pour ainsi dire, posé d'avance sur la seule histoire clinique, ce qui revient à dire, en dernière analyse :

Devant une malade qui porte un fibrome et qui, plus ou moins brusquement, se met à souffrir et à présenter les complications que nous avons énumérées, il faut songer à la possibilité d'un kyste ovarien concomitant et, le plus souvent, d'un kyste compliqué.

III. — Cas de fibromes avec cancer de l'ovaire.

La coexistence de fibrome de l'utérus et de cancer de l'ovaire est considérée, par la plupart des auteurs, comme une exception. Pour M. Tixier, cette affirmation est exagérée : souvent, chez les femmes âgées, il faut se méfier de l'apparition d'une tumeur maligne de l'ovaire, à l'abri, pour ainsi dire, d'un fibrome ancien. Nous en apportons cinq observations. On pourrait nous faire le reproche qu'au point de vue anatomo-pathologique, les examens n'ont pas toujours été faits, mais, nous avons déjà dit que nous restions sur un terrain purement clinique, et, à ce point de vue, seule l'évolution ultérieure des lésions nous permet d'affirmer leur nature maligne. Il s'agit, en effet, de tumeurs ovariennes, en général végétantes, avec des greffes sur les viscères voisins et le péritoine pariétal. Dans un cas même, c'est dix ans après l'intervention que la malade meurt et que la nécropsie montre des métastases multiples dans le mésentère, le foie et les poumons.

C'est à propos de cette catégorie très spéciale de tumeurs ovariennes malignes évoluant en même temps qu'un fibrome, que nous voulons retenir l'attention et insister sur un tableau clinique spécial, qui, comme on va le voir, présente une certaine individualité et qui est intéressant, tant au point de vue du diagnostic que de la discussion thérapeutique. Nous voulons parler des *tumeurs ovariennes évoluant chez les fem-*

mes âgées, aux côtés d'un fibrome utérin déjà ancien.

Cliniquement, les événements se présentent schématiquement de la manière suivante. Ce sont des malades *âgées*, ayant dépassé la soixantaine, et chez qui le *diagnostic de fibrome* a été porté d'une façon certaine *depuis longtemps*, parfois depuis des années. Ce sont des fibromateuses, qui conservent leur fibrome, soit qu'elles trouvent la vie suportable avec lui, soit qu'elles redoutent l'intervention, à moins qu'un conseil médical ne leur ait imprudemment promis la régression de la tumeur fibreuse à la ménopause. Cette ménopause survient, en général, tardivement, comme c'est classique, en pareil cas. Les années passent, entrecoupées, de temps à autre, d'accidents variés (le plus souvent douloureux). Ils viennent simplement rappeler à la malade qu'elle porte un fibrome, mais, comme, en général, avec un traitement local, tout rentre bientôt dans l'ordre, la malade les accepte et ne s'en inquiète pas outre mesure. C'est *brusquement*, qu'un jour ces accidents présentent une acuité et une persistance plus grandes. Les *douleurs* sont plus violentes, l'*état général* s'altère, la malade maigrit et l'*abdomen*, cependant, *augmente de volume*.

Si l'on interroge ces malades en insistant, on relève, dans cette nouvelle histoire pathologique, des caractères qui, pour nous, ont presque une valeur pathognomonique. Les phénomènes douloureux sont en relation soit avec des crises de *subobstruction intestinale*, soit avec des troubles de *compression vésicale*, pouvant aller jusqu'à l'incontinence et la rétention d'urine.

L'abdomen volumineux contient du liquide *ascitique* en abondance, le thermomètre marque une légère *ascension thermique* entre 38° et 39° : elle n'accuse ni pertes rouges, ni pertes blanches.

Devant un tel tableau, l'hésitation, pour nous, n'est plus permise. On sait que la malade présentait un fibrome ancien ; les accidents survenus ne relèvent pas du fibrome : il y a *autre chose*. Il s'agit d'une tumeur ovarienne, qui vient d'évoluer à côté du fibrome.

L'examen clinique et le toucher vaginal et rectal peuvent évidemment venir le confirmer, mais il faut bien savoir que ce toucher est rendu difficile, car il y a de l'ascite, et si on perçoit la tumeur fibreuse, il n'en est pas toujours de même de la tumeur ovarienne qui peut échapper à cet examen.

D'autre part, il est très important de savoir songer à cette évolution d'un cancer de l'ovaire surajouté, car les malades, sachant qu'elles sont depuis longtemps des fibromateuses, sujettes à de petits accidents, relevant du fibrome, ont toujours tendance à accuser là encore ce dernier et à ne pas s'inquiéter.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il est un écueil à éviter, c'est de ne pas rattacher ces accidents, étant donné qu'ils s'accompagnent d'une ascension thermique, à des phénomènes inflammatoires du côté des annexes. On a une tendance naturelle, en effet, devant cette température, qui peut aller jusqu'à 39°, à songer à une salpingite, mais il faut penser que la salpingite est une rareté clinique chez les femmes âgées. On peut, nous dirions presque on doit, faire, malgré la température, le diagnostic de tumeur de l'ovaire, aussi paradoxal que cela puisse paraître.

En résumé, au point de vue clinique, à côté des lésions annexielles tumorales connues, et dont nous ne faisons qu'apporter quelques nouveaux exemples, nous voulons isoler le *syndrome spécial*, créé par l'évolution d'une tumeur ovarienne chez une femme âgée fibromateuse.

Nous ne serions pas dans le vrai, si nous ne faisons pas remarquer ici que les cloisons ne sont pas aussi rigoureusement étanches, que pourrait le faire croire notre tentative de classification. Il s'agit, bien souvent, lorsque se présente le tableau dont nous avons parlé, d'une tumeur ovarienne maligne, mais il n'en est pas toujours heureusement ainsi et un syndrome analogue peut être observé, alors qu'il s'agit d'une tumeur bénigne. L'Observation XVI plaide en faveur de cette possibilité, qui comporte une décision thérapeutique spéciale.

Thérapeutique.

La classification en trois chapitres, telle que nous l'avons proposée, permet aussi de considérer la question du traitement sous trois chefs.

I. — Dans le premier cas, où il s'agit de *petits kystes* inflammatoires et où le *fibrome* est au *premier plan*, c'est évidemment à ce dernier qu'il faut s'adresser. La bilatéralité des lésions ovariennes, les ovaires scléro-kystiques sont presque la règle et, devant elle, on est obligé de s'incliner et d'avoir recours à une intervention radicale, à une *hystérectomie totale avec castration bilatérale*. Néanmoins, si on a affaire à une femme jeune, on sait tout l'intérêt qu'il y a à rester conservateur, et si, par bonheur, les lésions ovariennes n'étaient pas trop considérables, on doit discuter une intervention moins mutilante : c'est, dans ces conditions, que se pose la question de la *myomectomie*, qu'il faut savoir pratiquer toutes les fois que cela est possible.

II. — Dans la deuxième catégorie de cas, il s'agit d'un *kyste de l'ovaire plus volumineux*, le plus souvent, d'un épithélioma mucoïde : le fibrome concomitant passe alors au second plan.

Si le kyste de l'ovaire est unilatéral et le fibrome énucléable, on peut se contenter d'une *ovariotomie* et d'une *myomectomie*. Mais, c'est là une éventualité fort rare et, le plus souvent, on est conduit à pratiquer une *hystérectomie totale*, soit parce que la myomectomie est impossible, soit, surtout, parce que les *lésions ovariennes* sont, en général, *bilatérales* et qu'il n'y aurait pas d'intérêt à conserver l'utérus seul, alors qu'il est fibromateux. On aboutit donc, dans ce cas, presque toujours à une *castration totale avec hystérectomie totale*, soit parce qu'on garde par devers soi une certaine appréhension, quant au *pronostic* éloigné de ces épithéliomas mucoïdes, qui se comportent, le plus souvent, il est vrai, comme des tumeurs bénignes, mais qui parfois récidivent et signent ainsi une malignité évidente.

III. — La troisième catégorie de faits a trait aux *tumeurs ovariennes malignes* évoluant aux côtés d'un fibrome.

Il s'agit, en général, de *femmes âgées*, qui portaient depuis un temps plus ou moins long un tumeur fibreuse. Il faut alors *intervenir*, pour ainsi dire d'urgence, lorsqu'on est en présence du *syndrome* de coexistence d'une tumeur de l'ovaire et d'un fibrome avec les vieilles femmes.

Chez ces femmes âgées, fibromateuses, une tumeur de l'ovaire est, neuf fois sur dix, un cancer, et, comme le dit M. le Professeur Tixier, dans son récent rapport au Congrès de Chirurgie :

« Le véritable moyen de ne pas laisser passer le moment favorable pour l'intervention est de se souvenir que, chez les femmes âgées, le fibrome ne peut engendrer que du cancer et dans sa cavité, et dans ses parois, et dans les organes de l'appareil salpingo-ovarien. La seule chance de salut est l'intervention précoce. » (1).

Celle-ci sera, une fois encore, une *hystérectomie totale, avec castration totale*. Il faut cependant faire ici une réserve : nous songeons à l'Observation XVI, qui est tout à fait typique, en ce sens qu'elle montre qu'on peut, dans certains cas spéciaux, être amené à chercher une guérison dans une thérapeutique moins radicale. On a, en effet, affaire à des femmes âgées, dont l'état général est plus ou moins déficient et dont la résistance à une intervention, toujours grave, est souvent problématique.

D'autre part, la tumeur ovarienne peut, parfois, quoique ce soit rare, n'être qu'un kyste à pronostic bénin, et le fibrome, on le sait, est ancien et bien supporté. On pourra donc, dans des cas de cet ordre, où il faut aller vite, faire une intervention rapide, mais plus simple et, de ce fait, mieux supportée. On pourra ainsi se borner à faire une *ovariotomie*, c'est-à-dire

(1) M. Tixier a eu l'occasion d'observer un cas typique de développement d'un cancer du corps de l'utérus, 2 ans après l'ablation d'une tumeur maligne de l'ovaire.

enlever le kyste, ou enlever simplement la tumeur, en liant son pédicule et en se bornant à cela. On laisse alors le fibrome en place, et, comme il était bien supporté autrefois et que tous les troubles sont causés par la tumeur ovarienne, il redevient de nouveau supportable après l'exérèse de celle-ci. En somme, on s'est alors borné à parer au plus pressé ; on a fait cette intervention rapide, sous rachi-anesthésie, et la malade âgée, à état général déficient, a pu supporter une intervention simple, alors qu'elle n'aurait certainement pas résisté à une exérèse plus anatomique et plus large.

Enfin, nous voulons insister, avec notre Maître, M. le Professeur Tixier, sur l'importance qu'il y a, au cours de toutes ces interventions, où l'on rencontre des lésions ovariennes, de faire un *examen rapide du côlon descendant, de l'appendice et de l'estomac*. On découvrira, ainsi que M. Tixier l'a montré, un autre genre de coexistence, qui constitue ce que l'on décrit sous le nom de *syndrome de Krükenberg* : la tumeur ovarienne évolue alors en même temps, ou plus exactement, est secondaire à un épithélioma du tube digestif.

Il est bien évident qu'au point de vue thérapeutique on reste désarmé dans cette éventualité. Il importe cependant de ne pas laisser passer inaperçues ces tumeurs digestives concomitantes, car leur connaissance permet soit d'établir la gravité du pronostic, en toute connaissance de cause, soit de tenter une thérapeutique palliative ou radicale.

En dernier lieu, il nous faut discuter la question de la *physiothérapie*, dans les cas de coexistence de

fibrome et de tumeur ovarienne. La question est excessivement délicate : si l'on se rapporte aux cas signalés dans la thèse d'Atijas, on est frappé du nombre d'observations qui montrent le danger de la radiothérapie, dans les cas où le diagnostic de coexistence n'avait pu être fait cliniquement et où les effets du traitement furent souvent désastreux.

Il en est de même pour la *radiumthérapie*, qui nous paraît également contre-indiquée dans ces cas : elle est souvent dangereuse, (ne serait-ce qu'en retardant l'acte opératoire).

« Le moins qu'on en puisse dire, conclut le Professeur Tixier, dans son rapport, c'est qu'elle est *inutile* en ce sens que, faisant disparaître les phénomènes hémorragiques, elle crée une atmosphère de *fausse sécurité*. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service du Docteur TIXIER)

Fibrome utérin. — Ovaires kystiques. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme D..., 48 ans. Début de l'affection il y a 4 ans. Le seul symptôme accusé est la douleur. Depuis quelques jours, hémorragies utérines. Le diagnostic porté est celui de fibrome utérin.

Intervention : 27 janvier 1907 (Docteur Tixier). Hystérectomie totale. Fibrome utérin avec ovaires scléro-kystiques. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION II

(Service du Docteur TIXIER)

Utérus fibromateux. — Kystes inflammatoires des ovaires. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme V..., 36 ans. Douleurs abdominales depuis plusieurs années. Règles peu abondantes et douloureuses. Troubles gastro-intestinaux. Au toucher : col sans modifications. Petit polype s'accouchant. Corps augmenté de volume en rétroflexion, adhérent, douloureux à la mobilisation. Annexes

droites bloquant l'utérus, augmentées de volume ; celles de gauche le sont également, mais moins.

Intervention : 31 mars 1914. Pfannenstiel. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie. Fermeture totale. Utérus fibromateux. Petits kystes inflammatoires des deux côtés. Guérison.

OBSERVATION III

(Saint-Paul, 1905)

Utérus fibromateux. — Kyste suppuré de l'ovaire ouvert dans le côlon pelvien. — Castration totale. — Mort par septicémie péritonéale.

Mme S..., 46 ans. Troubles mensuels depuis deux ans, surtout accentués depuis six mois. Augmentation de volume de volume du ventre. Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, accidents aigus. Frissons, vomissements, diarrhée, subictère. Douleurs vives dans la région hypogastrique. Toucher recto-vaginal négatif. L'état général s'améliore.

Intervention : 24 novembre 1905. Utérus fibromateux. Gros kyste suppuré de l'ovaire ouvert dans le côlon pelvien. A droite, lésions d'annexite. Les annexes sont enlevées des deux côtés. Suture du côlon. Drainage abdomino-vaginal. Mort 24 heures après, mort de septicémie péritonéale.

OBSERVATION IV

(Service du Docteur TIXIER)

Kyste de l'ovaire gauche. — Fibromes utérins. — Hystérectomie totale et ovariectomie bilatérale. — Mort.

Mme L..., 54 ans. Depuis la ménopause, qui eut lieu à 46 ans, augmentation de volume du ventre. Depuis quelques

mois, douleurs abdominales violentes et intermittentes.

A la palpation, masse rénitente à gauche, se continuant du côté droit par une tumeur plus dure, faisant corps avec l'utérus.

Intervention : 27 juillet 1906. Légère ascite. Volumineux kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche et contenant 3 litres de liquide verdâtre. Cinq fibromes utérins. Hystérectomie totale. La malade meurt 8 jours après de péritonite avec éventration post-opératoire.

OBSERVATION V

(Service du Docteur TIXIER)

Fibrome utérin. — Kyste du ligament large à gauche. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme D..., 47 ans. Début il y a 5 ou 6 ans par ménorragies douloureuses, puis métrorragies. Il y a un an, apparition d'une tumeur et de douleurs irradiées dans le petit bassin.

A l'examen, sur le côté droit de l'utérus, tumeur facilement délimitable, de consistance régulière, et mobile.

Intervention : 20 décembre 1909. Docteur Tixier. Pfannenstiël. Fibrome en chou-fleur. Dans le ligament large à gauche, masse kystique de la grosseur d'une poire. Hystérectomie totale à l'Américaine. Mèche dans le vagin. Reconstitution du ligament large. Fermeture totale du ventre. Guérison.

OBSERVATION VI

(Service du Docteur TIXIER)

Fibromes anciens et multiples de l'utérus. — Epithélioma kystique des ovaires. — Hystérectomie totale avec ovariectomie bilatérale. — Guérison.

Mme A..., 56 ans. Augmentation de volume du ventre dont le début remonte à quatre mois. Douleurs dans la fosse ilia-

que gauche. Troubles urinaires. Stigmates de tuberculose dans les antécédents héréditaires et personnels.

Examen : Malade un peu amaigrie. Œdème des jambes. Température entre 38° et 38°5. A la palpation, tumeur très dure, mobile, remplissant les fosses iliaques et remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher, cette masse est mobile avec l'utérus. En avant, contre la vessie, petits noyaux faisant penser à du néoplasme.

Intervention : 5 décembre 1908 (Docteur Tixier). Incision médiane longitudinale. Ascite abondante. Tumeur ovarienne volumineuse à kystes séreux multiples, adhérents aux anses grêles et à l'anse sigmoïde. L'ovaire gauche est volumineux. Noyaux fibromateux sur face antérieure de l'utérus. Hystérectomie totale. Guérison.

OBSERVATION VII

(Service du Docteur TIXIER)

Fibrome. — Kyste dermoïde. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme B..., 42 ans. Crise douloureuse il y a 8 ans siégeant du côté droit de l'abdomen, sans manifestation du côté des systèmes génital ou digestif. Métrorragies abondantes, il y a 5 ans, cédant devant un traitement symptomatique. Elles recommencent, il y a 6 mois. Actuellement, augmentation de volume du ventre. Pollakiurie.

Etat général excellent. Ventre gros étalé. Légère circulation collatérale. Varices des membres inférieurs. A gauche tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic. Elle paraît, au toucher vaginal, dépendre de l'utérus. Il ne semble rien y avoir aux annexes.

Intervention 1^{er} mai 1909 (Docteur Tixier). Pfannenstiel. A gauche, kyste dermoïde de la grosseur d'une orange, contenant des dents et de la matière sébacée. Utérus fibromateux. Hystérectomie totale avec castration totale. Guérison.

OBSERVATION VIII

(Docteur MOLIN, dans le service du Docteur TIXIER)

Fibrome. — Kyste de l'ovaire. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme P..., 36 ans. Augmentation de volume du ventre datant d'il y a 1 an et demi et surtout de 4 mois. Pas de troubles fonctionnels. Bon état général. Ventre gros étalé. Flot net. Matité de tout l'abdomen. Au toucher, la tumeur ne semble pas faire corps avec l'utérus.

Intervention 28 octobre 1910 (Docteur Molin). Laparotomie sous-ombilicale. Kyste de l'ovaire sur lequel le ligament rond passe en sautoir. Ponction du Kyste et évacuation (liquide eau de roche). Fibrome du fond utérin. Hystérectomie subtotale par le procédé américain. Le pédicule du kyste est ensuite disséqué et enlevé.

Guérison.

OBSERVATION IX

(Service du Docteur TIXIER)

Fibrome utérin. — Kyste dermoïde de l'ovaire à droite avec torsion. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme M..., 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour fibrome. Crise douloureuse abdominale à droite il y a 12 ans (Hyperthermie. Pertes blanches). Brusquement, il y a 2 ans, anurie : le diagnostic de fibrome est posé. Le ventre augmente de volume. La dysurie persiste 6 mois. Ménorragies, sans métorrhagies. Il y a 1 mois, nouvelle crise douloureuse (vomissements bilieux). On pense à une appendicite.

Bon état général. Abdomen volumineux occupé par une masse dure régulière, pas d'ascite. Le palper combiné au toucher montre un col un peu remonté, auquel se communi-

quent les mouvements imprimés à la tumeur par la main abdominale. Le cul de sac droit est rempli par une masse dure, mobile.

Intervention le 25 novembre 1911 (Docteur TIXIER). Laparatomie médiane, sous-ombilicale. Utérus fibromateux. Kyste dermoïde de l'ovaire (poils, os) tordu à droite. Hystérectomie abdominale totale. Extériorisation du kyste. Nombreuses adhérences intestinales à droite. Fermeture totale du ventre. Guérison.

OBSERVATION X

(Service du Docteur TIXIER)

Fibrome utérin. — Kyste de l'ovaire gauche, tordu. — Hématosalpinx droit. Castration totale. — Guérison.

Mme E..., 45 ans. Entre à l'Hôpital pour fibrome. Depuis 6 ans, troubles menstruels. Pertes blanches. Anémie. Amaigrissement. Constipation opiniâtre.

Ventre en obusier. Météorisme accentué. Grosse tumeur abdominale arrondie, dure, mobilisable avec l'utérus. A cause d'un vagin très long, on n'atteint pas les culs de sac.

Intervention le 15 avril 1913 (Docteur TIXIER). Laparatomie médiane. Kyste de la grosseur d'une tête de fœtus à gauche : pédicule tordu. On sort le kyste sans le ponctionner, ni l'ouvrir. Hématosalpinx à droite. Utérus fibromateux. Castration totale. Péritonisation habituelle. Guérison.

OBSERVATION XI

(Service du Docteur TIXIER)

Fibromes multiples de l'utérus (l'un d'eux étant en nécrobiose. — Kyste de l'ovaire droit. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme G..., 34 ans. Le diagnostic de fibrome est porté à l'occasion d'une fausse couche récente. Le ventre augmente

progressivement de volume, sans qu'apparaissent de troubles fonctionnels.

Intervention : 25 novembre 1913 (Docteur Tixier). Laparatomie médiane. Fibrome du volume du poing, enrobé dans l'épiploon par des adhérences inflammatoires, qui sont libérées. Kyste de l'ovaire droit. Hystérectomie totale. Pénitonsisation haute, car il y a une abondante ascite. Mèche vaginale, fermeture totale du ventre. Il s'agit de petits fibromes multiples de l'utérus : un gros fibrome sous-séreux est en état de nécrobiose. Le kyste est développé dans la paroi de l'ovaire, au-dessus de la trompe très allongée. Guérison.

OBSERVATION XII

(Clinique chirurgicale du Professeur TIXIER)

Utérus fibromateux. — Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme F..., 43 ans. La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre. De ses antécédents personnels il ressort que la spécificité paraît probable. (Alopécie, céphalées suspectes.) Depuis un an, ménorragies. Pas de troubles vésicaux, mais troubles diarrhéiques.

Au toucher, gros utérus fibromateux, fixé dans le Douglas. On perçoit une masse latérale à gauche.

Intervention : 15 avril 1914 (Professeur Tixier). Pfannens-tiel. Hystérectomie subtotale. L'utérus est gros, fibromateux. Kyste de l'ovaire à gauche, de la grosseur du poing. Guérison.

OBSERVATION XIII

(Clinique chirurgicale du Professeur TIXIER)

Fibrome utérin. — Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie totale avec castration totale. — Guérison.

Mme V..., 47 ans. Depuis quelques mois, douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche. Règles irrégulières, mais pas de méno-métrorragies.

A l'examen, utérus gros, repoussé en avant. Dans le Douglas, à gauche, tuméfaction molle, pseudo-fluctuante, faisant songer plus à une tumeur qu'à une annexite simple.

Intervention : 4 novembre 1921 (Professeur Tixier). Pfannenstiell. Anses intestinales agglutinées par des réactions de pelvi-péritonite. On les libère. On constate alors : 1° un utérus fibromateux à lobes multiples ; 2° un hydrosalpinx droit ; 3° un kyste de l'ovaire prolabé dans le Douglas, à gauche. On pratique une salpingectomie droite, l'ablation de l'ovaire gauche. Enfin, une hystérectomie totale. Mèche vaginale. Guérison après bronchite légère. La malade est revue à quelque temps de là avec un état général excellent.

OBSERVATION XIV

(Clinique chirurgicale du Professeur TIXIER)

Fibrome ancien. — Tumeur de l'ovaire. — Torsion du pédicule. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme P..., 67 ans, entre à l'hôpital pour tumeur abdominale. Depuis un an, pollakiurie. Il y a un mois, crise de rétention aiguë d'urine, cédant à un traitement symptomatique. Ni méno-métrorragies, ni pertes blanches. Léger amaigrissement. Albuminurie.

A l'examen, masse dure, mobile dans la région sous-ombilicale, remontant au-dessus de l'ombilic. Au toucher, rien au col ; grosse tumeur fibromateuse, appendue à la face antérieure de l'utérus. Dans le cul-de-sac postéro-latéral, une autre tumeur, fixée dans le pelvis, indépendante de l'utérus, semblant être une tumeur solide de l'ovaire gauche.

Intervention : 13 janvier 1921 (Professeur Tixier). Laparotomie médiane, sous-ombilicale. On découvre une grosse tumeur de l'ovaire, du volume d'une tête de fœtus, située en avant de l'utérus. Le pédicule est tordu à 3 tours. Utérus fibromateux du volume du poing. Hystérectomie totale. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XV

(Clinique chirurgicale du Professeur TIXIER)

Kyste de l'ovaire droit tordu. — Petits fibromes enlevés par myomectomie. — Guérison.

Mme P..., 41 ans. Crises douloureuses survenant irrégulièrement, dont le début remonte à 15 ans, dont le siège est localisé dans la fosse iliaque droite et s'irradie à la base de la cuisse droite. Constipation habituelle. Depuis un mois, la malade souffre de façon continue. Elle a été prise subitement d'une douleur dans la partie droite du pelvis avec constipation, rétention d'urine pendant quelques jours. Température 38°5. Actuellement notable amélioration. Au toucher, collection anté-utérine, simulant une vessie en état de réplétion. Utérus en rétroposition avec fibrome au voisinage de la corne droite.

Intervention : 2 novembre 1922 (Professeur Tixier). Laparotomie longitudinale médiane. L'intestin grêle est fixé par de la pelvi-péritonite à un gros kyste violacé. Ponction au trocart. Issue d'un liquide hématique. Le pédicule présente un tour et demi de spire. Ligature du pédicule. Myomectomie sous-séreuse pour deux petits fibromes. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Docteurs MOLIN et LERICHE)

Ancien fibrome utérin. — Apparition tardive, 17 ans après la ménopause, d'accidents qui conduisent à traiter le fibrome par un curetage et la radiumthérapie. — Epithélioma mucoïde de l'ovaire. — Ovariectomie. — Guérison.

Mme M..., 73 ans. A l'âge de 69 ans, hémorragie abondante. Depuis 6 ans, elle avait par intermittence des pertes rouges, de la pesanteur dans le bas-ventre avec douleurs irradiées dans les reins. Au toucher, fibrome, lisse et régulier, basculé dans le Douglas. Mauvais état général. Albuminurie.

Première intervention : 24 mars 1920. Dilatation aux bougies de Hégar. Curetage.

Deuxième intervention : 6 avril 1921. Dilatation. Mise en place de radium, pendant 24 heures. Amélioration pendant 2 ans.

En 1923, nouvel examen. Perception à côté d'un fibrome, d'une masse, qui donne la sensation d'une tumeur liquide. Malgré les mauvaises conditions d'opérabilité, l'intervention est décidée.

Incision ombilicale médiane. Ablation facile et rapide d'une tumeur kystique de l'ovaire droit. Annexes gauches normales.

Troisième intervention : février 1924. Rachianesthésie. L'utérus est fibromateux.

Broncho-pneumonie dans les suites opératoires. Au bout de 15 jours, convalescence, guérison. Sept mois après, la malade est revue absolument transformée.

OBSERVATION XVII

(Professeurs POLLOSSON et TIXIER)

Ancien fibrome utérin. — Phénomènes abdominaux graves coexistant avec l'apparition tardive (10 ans après la ménopause) d'une grosse tumeur abdominale. — Laparatomie exploratrice. — Tumeur maligne avec généralisation péritonéale. — Mort.

Mme G..., 63 ans, a souffert de 40 à 52 ans de troubles abdominaux en relation avec l'évolution d'un fibrome utérin. A 53 ans, ménopause ; jusqu'à 63 ans, cessation des phénomènes douloureux. A ce moment, brusquement, météorisme abdominal considérable. Elle croit à un retour offensif de son fibrome. A cause de son ventre qui devient énorme et de crises de substruction, elle consulte le Professeur Tixier. Celui-ci constate l'existence d'une ascite très abondante et conclut à l'évolution maligne de lésions génitales anciennes. La malade invoquant « son vieux fibrome », refuse l'inter-

vention. La situation empirant, le Professeur A. Pollosson est appelé en consultation et décide l'intervention.

Laparatomie médiane. Ascite hémorragique abondante. On constate que le fibrome utérin en voie de régression n'est pas en cause ; qu'il s'agit d'un épithélioma végétant de l'ovaire gauche avec greffe sur le péritoine pelvien et les anses intestinales. Fermeture du ventre. La malade meurt peu après.

OBSERVATION XVIII

(Service du Docteur TIXIER)

*Petit fibrome utérin. — Tumeur de l'ovaire. — Hystérectomie
Guérison*

Mme D..., 46 ans. Depuis 5 ans, sensation gênante, mais non douloureuse, de pesanteur au niveau du périnée. Depuis 6 mois, ménorragies. Le diagnostic de fibrome est porté par le médecin traitant. Excellent état général. Ventre augmenté de volume. Matité médiane, sonorité des flancs. Tumeur dure, résistante, facilement délimitable, mobile. Au toucher, le col remonté est perceptible à bout de doigt.

Intervention : 6 juin 1911 (Docteur Tixier). Pfannenstiël. A l'ouverture du ventre, tumeur multilobée de la grosseur d'une tête de fœtus, aux dépens de l'ovaire droit. Un fibrome, gros comme une petite noix, s'est développé aux dépens de l'utérus. Rien à l'ovaire gauche. Hystérectomie totale. En examinant la pièce, on s'aperçoit qu'il s'agit d'un sarcome encéphaloïde.

OBSERVATION XIX

(Clinique du Professeur TIXIER)

Fibrome utérin ancien. — Tumeur de l'ovaire. — Hystérectomie totale et castration totale. — Récidive dix mois après.

Mme Q..., 50 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de gros fibrome douloureux. Depuis trois mois, métrorragies

abondantes. Depuis un mois, douleurs du côté droit de l'abdomen. Bon état général.

A l'examen, petit goître avec exophtalmie. Température à 38°. Tumeur abdominale, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, col normal, utérus gros, fibromateux. Le diagnostic clinique porté est : fibrome à évolution rapide à 50 ans, déterminant des pertes et des douleurs.

Intervention : 25 février 1921 (Professeur Tixier). Kyste gros comme une tête de fœtus développé aux dépens de l'ovaire droit. Fibrome enclavé, avec gros lobe dans le ligament large droit. Hystérectomie totale. L'appendice enclavé dans des adhérences inflammatoires anciennes est enlevé. Le kyste a un contenu séro-hématique. Polype du col.

Bonne suites opératoires.

En décembre 1922, retour à l'hôpital. Depuis cinq semaines douleurs très vives dans le bas-ventre avec irradiations aux cuisses. Pertes rousses, d'odeur infecte. Au toucher, une grosse masse en chou-fleur comble tout le vagin. Perforation recto-vaginale. Radiumthérapie. La malade quitte l'hôpital dans un état très précaire.

OBSERVATION XX (Professeur TIXIER)

Fibrome utérin avec poussées de pelvi-péritonite autour d'une annexite bilatérale. — Ménopause normale. — Amélioration. — A 64 ans, développement d'une tumeur maligne de l'ovaire avec généralisation péritonéale. — Mort.

Mme R..., 64 ans. A 35 ans, elle consulte plusieurs chirurgiens qui, ayant diagnostiqué un fibrome, conseillent une intervention, qui est refusée (1903).

En 1912, le Professeur Tixier examine cette malade à l'occasion d'accidents abdominaux avec réaction fébrile. Il constate un gros fibrome et, de chaque côté, des masses douloureuses, témoins d'une réaction inflammatoire annexiel-

le. Immobilisation. Glace. Amélioration. A ce moment, poussée de Basedowisme, car la malade porte un goître (avec exophtalmie, tachycardie, tremblement). La ménopause approchant, on diffère l'intervention. Cete ménopause s'établit normalement en 1916. Jusqu'en 1922, tout semble rentrer dans l'ordre.

Brusquement, en avril 1922, retour des douleurs ; elles sont calmées par le repos ; elles sont attribuées par la malade au fibrome : elle attend.

En décembre 1922, phénomènes de compression vésicale. La malade se décide à consulter le Professeur Tixier, qui se trouve en présence d'une malade anémiée, à ventre ascitique énorme. La température oscille entre 38°5 et 39°. La découverte d'une masse volumineuse et douloureuse, surmontant l'ancien fibrome, lui permet de diagnostiquer un cancer de l'ovaire. Il décide l'intervention. Mais la malade croyant toujours que c'est le fibrome qui est la cause de ces accidents, fait venir en consultation le Professeur J.-L. Faure. Il reconnaît l'évolution maligne de l'affection en cause, mais il fait quelques réserves sur la possibilité de phénomènes infectieux surajoutés, à cause de la température. L'intervention est retardée sur son avis de quelques jours. Le 20 décembre 1922, une laparatomie médiane montre une infiltration néoplasique de tout le grand épiploon. Aux côtés de l'utérus fibromateux, grosse tumeur végétante de l'ovaire. La malade meurt 48 heures après.

OBSERVATION XXI

(Clinique chirurgicale du Professeur TIXIER)

Utérus fibromateux. — Kyste de l'ovaire droit tordu, suspect de malignité. — Castration totale. — Guérison immédiate. — Généralisation péritonéale de la tumeur de l'ovaire dix ans après. — Mort.

Mme Gr..., 52 ans, a été opérée 18 ans avant son entrée à l'hôpital pour kyste de l'ovaire, d'un adéno-fibrome du

sein (1912). Le ventre grossit depuis la ménopause. Des crises douloureuses surviennent la nuit. Pas de troubles de l'état général. A l'examen, signes classiques d'un kyste de l'ovaire. L'utérus, au toucher, semble repoussé en arrière, par une masse dure, qui bombe dans le cul-de-sac antérieur.

Intervention : 28 mars 1912 (Docteur Tixier). Laparatomie sous-ombilicale. Kyste bleu, tendu, remontant sous le foie. Le kyste se rompt au cours de l'exploration. On l'attire au dehors ; son pédicule est tordu. L'utérus est fibromateux. Castration totale typique ; fermeture totale du ventre. Suites opératoires excellentes. Un an après, état général parfait.

Dix ans après (juillet 1922), la malade rentre dans le service. Depuis trois ans (après huit ans de bon état local et général), douleurs abdominales coexistant avec l'apparition d'une grosse tumeur abdominale. On pense à une généralisation péritonéale d'une tumeur ovarienne.

Intervention (13 juillet 1922), Nombreux noyaux épiploïques, ascite, taches de bougie sur l'intestin et l'estomac.

En 1923, phénomènes d'occlusion. Ponctions de l'ascite. Mort le 8 février 1923. Nécropsie : des nodules de généralisation se rencontrent dans tous les viscères abdominaux.

CONCLUSIONS

I. — Les lésions ovariennes sont fréquentes chez les fibromateuses, que ce soient des lésions d'ordre inflammatoire ou tumoral.

II. — Les cas de coexistence de fibromes et de tumeurs ovariennes ont un intérêt d'une part, pour le diagnostic, d'autre part, pour les indications opératoires.

III. — Ces cas peuvent être classés en trois groupes :

A) Fibrome avec petite tumeur de l'ovaire : le fibrome est tout, la tumeur ovarienne n'est qu'un épiphénomène.

B) Le fibrome coexiste avec une tumeur ovarienne plus volumineuse (type épithélioma mucoïde). La symptomatologie est une symptomatologie ovarienne. « Les malades viennent, le plus souvent, se faire examiner à l'occasion d'une complication. » (Tixier).

C) La troisième catégorie est la plus intéressante. Le diagnostic du cancer de l'ovaire évoluant à côté du fibrome est difficile, masqués que sont les symptômes d'évolution de la tumeur, par le fibrome, au-

quel tous les accidents gynécologiques présentés par la malade sont attribués. Ces cas se présentent surtout chez des malades âgées, ayant passé la ménopause. Il s'agit là d'un véritable syndrome qu'on pourrait dénommer : « syndrome de coexistence d'une tumeur de l'ovaire et d'un fibrome chez les vieilles femmes ».

IV. — Le diagnostic de cette coexistence est souvent difficile. Les petits kystes inflammatoires, comme les annexites torpides, passent souvent inaperçus avant l'opération.

Quand le kyste est volumineux, comme il y a concomitance des signes de fibrome utérin, on croit souvent qu'il s'agit uniquement d'un fibrome : c'est l'erreur classique.

Chez les vieilles femmes, qui avaient antérieurement un fibrome, on rattache trop facilement au fibrome les malaises et l'augmentation de volume de la tumeur pelvienne.

V. — La coexistence de fibromes et de tumeurs ovariennes assombrit toujours le pronostic habituel du fibrome utérin, non pas tant au point de vue des dangers de l'opération, qu'au point de vue de la nécessité, à cause des lésions ovariennes (dont le pronostic est toujours conditionné par le pronostic histologique), d'exécuter l'intervention la plus radicale.

VI. — Le traitement sera basé sur les considérations suivantes : a) lorsque les kystes sont inflammatoires et bilatéraux, on est souvent obligé d'abandonner toute

idée de myomectomie, opération si indiquée chez les jeunes. Il faut s'efforcer cependant d'être conservateur, dès que les lésions ovariennes ne sont pas trop considérables.

b) Lorsque la tumeur ovarienne est volumineuse, comme il s'agit, le plus souvent, d'un épithélioma mucoïde, à pronostic toujours réservé, il faut, même avec un fibrome très petit, pratiquer la castration bilatérale, avec hystérectomie totale, pour éviter la repululation soit dans l'autre ovaire, soit dans l'utérus.

c) Chez les vieilles femmes, une tumeur de l'ovaire est toujours un cancer. Pratiquer le plus rapidement possible l'exérèse de la tumeur et de l'autre ovaire. A moins d'indications spéciales, on peut respecter le vieil utérus fibromateux. Mais, au moindre doute, l'enlever aussi, si l'état général de la malade le permet.

d) Toujours rapidement, inspecter, quand on opère une tumeur de l'ovaire, le côlon descendant, l'appendice, l'estomac si possible, pour ne pas laisser passer inaperçu un Krükenberg.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Octobre 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- AMANN. — Myome utérin et double kyste de l'ovaire. (*Société de Gynéco. de Munich*, 15 juillet 1909.)
- ATIJAS. — Radiothérapie et chirurgie dans le traitement des fibromes utérins. (*Thèse de Lyon*, 1924.)
- AUBEAU. — Volumineux fibrome utérin. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. (*Bulletin de la Polyclinique de l'Hôpital international*, 1896, p. 2.)
- BALLIN. — Tumeurs de l'ovaire et fibromyomes utérins. (*Zeitschr. für bebur. und Gyneco.* 1892, xxiii, p. 358.)
- BAUCHET. — Corps fibreux de l'utérus, kystes de l'ovaire. (*Bul. de la Soc. Anatomique*, Paris, 1853, xxiii, p. 10.)
- BÉCHET. — Coexistence d'un fibrome de l'utérus avec des tumeurs solides des deux ovaires. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 6 mai 1910.)
- BÉGUIN. — Fibromes multiples compliqués d'un petit kyste de l'ovaire. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1896, p. 566.)
- BLANC. — Lésions annexielles dans les fibromes. (*Thèse Montpellier*, 1909-1910.)
- DE BOUCAUD et LAUBIE. — Coexistence de fibromes utérins, de kystes de l'ovaire et de salpingite. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 24 juillet 1898.)
- BOUGLÉ. — Fibrome utérin et cancer végétant de l'ovaire droit. (*Bul. de la Soc. Anatomique*, 1900, II, p. 530.)
- BROTHERS. — Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire et fibrome sénile sous-muqueux ayant provoqué des troubles circulatoires accentués. (*Ac. de Médecine de New-York, obstétrique et gynéco.* 28 janvier 1909.)

- BUFFET. — Fibrome sous-péritonéal. Kyste de l'ovaire. (*Normandie Médicale*, 11 janvier 1890.)
- BUIAUD-BÉGOIN. — Fibrome utérin. Kyste dermoïde droit. (*J. de Médecine de Bordeaux*, 1896, p. 546.)
- CALLEN. — De la rareté des fibromes purs après la ménopause. (*Thèse de Bordeaux*, 1923-1924.)
- CLAISSE. — L'ovaire des fibromateuses. (*Thèse Paris*, 1900.)
- CLAISSE et DARTIGUES. — Tumeur solide de l'ovaire avec fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. (*Bull. de la Soc. Anatomique*, 1899, p. 1038.)
- DANIEL (Constantin). — Etat des annexes dans les fibromes utérins. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, p. 25 et 195.)
- FABRE. — Les lésions des ovaires dans les fibromes utérins. (*Thèse de Montpellier*, 1910-1911.)
- FLATAU. — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins compliqués de pyosalpinx et de kyste ovarique. (*Soc. de Médecine et de Polyclinique de Nuremberg*, 6 mai 1909.)
- GASCHAU. — Tumeurs de l'ovaire et fibromes. (*Thèse de Paris*, 1903.)
- GRECO. — Les altérations des annexes dans les fibromyomes utérins. (Palermo, 1899.)
- GUILLAUME. — Le myome utérin à la ménopause. (*Thèse de Lyon*, 1910.)
- KAHL. — Fibrome interstitiel compliqué de pyosalpinx et de kyste ovarique gauche. (*Deutscher medizinische Wochenschrift*, T. xxxvi, N° 2, 13 janvier 1910.)
- JONES. — Fibromes utérins : leurs relations avec les altérations annexielles. (*Annals of Gyneco and Peditry*, Boston, xiv, 1901, p. 457.)
- DE JONG. — L'ovaire chez les fibromateuses. (*Annales d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, T. xi, mai 1914.)
- MIHAÏLOVITCH (Mlle). — Annexites et fibromes utérins. (*Th. Lyon*, 1924.)
- MONOD (Charles). — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1900, p. 575.)

- MONOD (Eugène). — De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus. Indications opératoires qui en résultent. (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.)
- MUNRO KERR. — Double fibromyome utérin associé à une double tumeur ovarienne. (*Soc. médico-chirurgicale de Glasgow*, 5 mai 1909.)
- PATEL. — Kyste du ligament large parovarien : fibrome utérin concomitant. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 1^{er} avril 1908.)
- Fibrome utérin et tumeur de l'ovaire. (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 3 avril 1924.)
- PICHEVIN. — Lésions annexielles et fibromes. (*Semaine Gynécologique*, août 1903.)
- PISTOLESE. — Contre la fausse conception d'attendre de la ménopause la guérison des fibromes de l'utérus. (*Archivo italiano de Gynecologia*. T. XII.)
- POPOW. — Les lésions des ovaires coexistant avec les fibromyomes utérins. (*Centralblatt für Gynecologie*, 1890, XIV, p. 881.)
- ROCHE. — L'ovaire des fibromateuses. (*Th. de Bordeaux*, 1903-1904.)
- ROSS. — Kyste de l'ovaire compliqué de fibrome utérin ayant subi la dégénérescence maligne. (*Annals of Surgery*, T. LII, N° 1, p. 131-138.)
- ROUSSAN. — Observations pouvant servir à l'étude du varicocèle pelvien. (*Th. Paris*, 1892, p. 116.)
- DA SILVA LINA. — Fibromes utérins. Kystes dermoïdes des deux ovaires. Polype utérin. (*Gaz. medica da Bahia*, 1866-1867, p. 43.)
- SCHWAB. — Myome sous-muqueux de l'utérus. Carcinome de l'ovaire. Pyosalpinx double avec abcès de l'ovaire. Kyste de l'ovaire avec pédicule tordu. (*Soc. de Médecine de Nüremberg*, 1909, p. 1977.)
- SMITH. — Fibrome utérin. Kyste de l'ovaire gauche. (*British Gyneco Journal*. London, 1894. T. x, p. 6.)

- THORNTON. — Fibrome utérin avec kyste multiloculaire de l'ovaire. (*Transactions of the obstetrical society of London*, 1884. T. xxvi, p. 55.)
- TIXIER. — Coexistence d'une tumeur kystique de l'ovaire droit et d'un cancer sténosant de l'S iliaque. Extirpation simultanée. (*Société de Chirurgie*, 20 février 1913.)
- Indications du traitement chirurgical des fibromes. (*Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1924.)
- TIXIER et POLLOSSON. — Fibromes et tumeurs ovariennes chez les femmes âgées. (*La Gynécologie*, 1924.)
- WALDO. — Laparatomie. Dégénérescence kystique de l'ovaire. Fibromes utérins. Hystérectomie. (*International Journal of Surgery*. T. xxviii, N° 7.)
- ZALIDES. — Contribution à l'étude de la coexistence des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire. (*Th. Bordeaux*, 1899.)
- ZIEMBICKI. — Tumeurs solides de l'ovaire. (*Th. Paris*, 1875.)
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.	9
Historique.	11
Etude clinique	13
I. — Cas de fibromes avec petits kystes ovariens	13
II. — Cas de fibromes avec gros kystes de l'ovaire	15
III. — Cas de fibromes avec cancer de l'ovaire	19
Thérapeutique.	23
Observations	29
Conclusions.	43
Bibliographie	47
